

Odontológica: entre um novo modelo de atenção e a superespecialização

Worker's Health and Dentistry Attention: between a new care model and over-specialization

Alex Elias Lamas

Mestre em Odontologia. Odontólogo da Assistência Social do Hospital Moinhos de Vento.

Endereço: Rua Alberto Torres, 134, apto 203, CEP 90050-080, Cidade Baixa, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: lamas.alex@gmail.com

Vera Lúcia Guimarães Blank

Doutora em Medicina Social. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço: Campus Universitário s/n, Trindade, CEP 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: vblank@ccs.ufsc.br

Maria Cristina Marino Calvo

Doutora em Engenharia da Produção. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Programa de Pós-Graduação em Odontologia, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço: Campus Universitário s/n, Trindade, CEP 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: mcmcalvo@ccs.ufsc.br

Resumo

Suplantar práticas e conceitos incoerentes com as propostas construídas no campo da saúde nas últimas décadas no País é um embate a ser travado pelos serviços de saúde que prestam assistência aos trabalhadores. Este trabalho discute a atuação profissional do cirurgião-dentista e contextualiza o reconhecimento e a regulamentação da nova especialidade da Odontologia do Trabalho, a partir de uma revisão da história das políticas públicas em saúde e da evolução dos conceitos de atenção à saúde do trabalhador. A própria discussão em torno da regulamentação da especialidade da Odontologia do Trabalho reverbera toda uma histórica incompatibilidade entre a racionalidade liberal e a criação de um novo modelo de atenção à saúde do trabalhador. Uma intervenção atenta às conquistas históricas registradas no arcabouço jurídico-institucional que compreenda as especificidades da re-estruturação produtiva no perfil epidemiológico do trabalhador deve fazer parte da construção desta especialidade e das práticas nesta linha de cuidado.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Odontologia do trabalho; Formação de recursos humanos.

Abstract

To overcome practices and concepts which are incoherent with the new proposals built for the health area in the last decades is a challenge to be faced by health services providing care for workers in Brazil. The present study discuss the professional work of dentists, contextualizing and acknowledging the regulation of the new specialization called 'Occupational Dentistry' from a review of the history of health public policies and the development of concepts of workers' health care. The discussion over its regulation is marked by historical contradiction between a liberal rationality and the construction of a new care model. An intervention that takes into account the historical achievements guaranteed by law of the specificities of the third industrial revolution (change in the productive chain) in the workers' epidemiological profile, must be part of the construction of this specialization and of this type of care.

Keywords: Occupational Health; Occupational Dentistry; Human Resources Formation.

Introdução

Novas evidências científicas relacionando condições de trabalho com qualidade de saúde bucal (Araújo e Marcucci, 2000; Vianna e Santana, 2001) e a distância existente entre a prática do cirurgião-dentista e a necessidade de atenção às especificidades do grupo da população trabalhadora (Botazzo e col., 1995; Roncalli e col., 1999; Silva, 2000; Pizzato, 2002) legitimaram para a categoria profissional a criação de uma nova especialidade. Por meio da Resolução nº 22, de 27 de dezembro de 2001, e da Resolução nº 25, de 28 de maio de 2002, o Conselho Federal de Odontologia reconhece e regulamenta a Odontologia do trabalho.

O artigo 30 da Seção X do Título I da Resolução nº 22/2001 define que a Odontologia do trabalho é a especialidade que tem como objetivo a busca permanente da compatibilidade entre a atividade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador. Entre as áreas de competência da nova especialidade definida pela Resolução 25/2002 estão: (a) identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal no local de trabalho, em qualquer fase do processo de produção; (b) assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde; (c) planejamento e implantação de campanhas e programas para educação de trabalhadores; (d) organização estatística de morbidade e mortalidade com causa bucal e (e) investigação de suas possíveis relações com as atividades laborais e realização de exames odontológicos para fins trabalhistas (Mazzilli, 2003).

Nesta recente e necessária aproximação da atenção odontológica à problemática das relações existentes entre o processo de trabalho e o processo saúde-doença algumas questões devem ser aprofundadas pela Odontologia do Trabalho como especialidade e para a saúde do trabalhador como prática do cirurgião-dentista. O que se propõe com o texto é detectar estas questões centrais nas palavras de autores que problematizam a questão da Saúde do Trabalhador na contemporaneidade. Indicamos alguns pontos específicos para que o profissional da odontologia possa se apropriar do conhecimento desenvolvido no campo da Saúde do Trabalhador e se utilizar da rede de suporte conquistada pela articulação de profissionais e trabalhadores

dentro das políticas públicas brasileiras. Para isso, apresentamos uma revisão de literatura em relação às políticas públicas de saúde, da saúde do trabalhador, da odontologia do trabalho e dos programas de saúde do trabalhador.

Políticas Públicas de Saúde Brasileiras e Modelos Econômicos

Para entender o complexo sistema de saúde do País, diversos autores realizam uma contextualização histórica para elucidar a origem de elementos que ainda marcam a forma de organização e prestação de serviços de saúde no País. Não cabe aqui realizar um resgate do longo caminho percorrido pelos trabalhadores para que seus direitos básicos fossem registrados no arcabouço jurídico-institucional do País, mas é necessário apresentar algumas características da trajetória das políticas públicas de saúde brasileiras, ressaltando os avanços na legislação e a consolidação do campo da Saúde do Trabalhador.

Mendes (1999) correlaciona o processo de construção e desenvolvimento do sistema de saúde com os modelos econômicos nacionais. No período em que a economia estava atrelada ao modelo agroexportador, uma concepção de saúde fundamentada na relação linear agente-hospedeiro permeava o modelo sanitarista-campanhista, que buscava acima de tudo a erradicação das doenças que poderiam prejudicar as exportações e o saneamento dos espaços de circulação. Com o início do desenvolvimento industrial, o Brasil foi testemunha do surgimento de uma massa operária urbana e da necessidade de atuação sobre o corpo do trabalhador, de forma a manter e restaurar a sua capacidade produtiva. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, foi o momento institucional de consolidação do modelo médico-assistencial-privatista, que privilegiaria a prática médica curativa, individual, especializada e a criação, por meio de intervenção estatal, do complexo médico-industrial propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado destes serviços.

O País desenvolve-se economicamente entre 1964 e 1988, com a expansão da produtividade, modernização da economia e entrada de capital estrangeiro. Do ponto

de vista político, o bloco militar-tecnocrático-empresarial busca apoio popular com medidas sociais (Faleiros, 2000). Ainda assim:

[...] 40 milhões de brasileiros não tinham nenhum acesso a serviços médicos, consolidando-se a desigualdade: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para um grupo seletivo de assalariados e classe média, os serviços públicos para pagantes da previdência e, para os pobres, a *caridade*, feita, em geral, por entidades municipais ou filantrópicas com apoio estatal (Faleiros, 2000, p. 48).

Nos anos 1970 e 1980, de acordo com Martins Filho (1989), acompanhava-se o frequente insucesso de diversos programas voltados à saúde do trabalhador decorrente de iniciativas exclusivamente institucionais, eventualmente em articulação com a empresa, mas sem a participação dos trabalhadores. Porém foi neste período histórico de tensionamento por maior espaço democrático que se evidenciou a falência das políticas na área de prevenção de acidentes e doenças do trabalho. Um exemplo concreto da incapacidade estrutural do modelo proposto nesta época é a falsa redução do número absoluto dos acidentes de trabalho a quase um quinto nos dados de 1985, se comparados aos de 1975. Essa distorcida redução dos indicadores se deve exclusivamente ao favorecimento do sub-registro (Resolução do INPS nº 900, de 19/10/1975) e à eliminação de determinadas enfermidades da lista de doenças profissionais (Lei nº 6.367, de 19/10/1976). Para Martins Filho (1989) essa era uma evidência da:

[...] contradição entre trabalho e saúde em uma sociedade onde a organização do trabalho estava voltada a assegurar o nível de produtividade em função do lucro, neste equilíbrio de forças a sociedade exprimia as normas legislativas, a organização dos serviços e a formação dos recursos humanos (Martins Filho, 1989, p. 27).

Roncalli e colaboradores (2003) reafirmam que as tentativas do Estado de resolução dos problemas de saúde da população até anos 80 apresentavam duas características básicas: a estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e as de assistência médica.

Anos 1980: um novo conceito para saúde do trabalhador e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Para Gomez e Carvalho (1993), a desconfortável posição brasileira de recordista mundial de acidentes de trabalho no início dos anos 1970, uma expressão dramática do “milagre econômico”, forçou o governo a criar o Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional nas empresas. Uma crítica a essa iniciativa se vincula ao fato de que os profissionais da saúde, engenheiros e supervisores eram demitidos sem a apreciação dos trabalhadores e sem garantias legais de autonomia em relação à empresa. Sob condições tão restritas, o cuidado transformou-se em mecanismo de controle utilizado para recrutamento e seleção, para regular o absenteísmo e encobrir o desgaste do trabalhador na empresa.

Buck (2001) vê no processo de redemocratização do Brasil o despertar da consciência do movimento sindical mais organizado na conquista do direito à saúde do trabalhador. Realizações como as I e II Semanas de Saúde do Trabalhador, em 1979, organizadas pela Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (futuro Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho), a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a promulgação da Constituição Federal de 1988 foram marcos principais da introdução da etapa de saúde do trabalhador no ordenamento jurídico nacional. A lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) e as leis previdenciárias (nºs 8.212/91 e 8.213/91) instituíram, por sua vez, normas de amparo à saúde do trabalhador.

Os principais termos utilizados até a consolidação do campo da saúde do trabalhador, por serem resultantes de seu tempo, definem de certa forma o ambiente e o conceito subjacentes às propostas que deram origem a essas terminologias. Assim, os conceitos de saúde no trabalho são verdadeiros registros dos momentos políticos e econômicos, dos embates vivenciados dentro e fora desse campo, dos progressos e das limitações das propostas de atenção à saúde. Collacioppo (1989) apresenta a Saúde Ocupacional como uma ciência mais voltada à prevenção dos riscos à saúde do traba-

lhador oriundos do ambiente geral e principalmente do ambiente ou atividade profissional, necessitando da participação de várias outras ciências para atingir seu objetivo, existindo inclusive certa dificuldade no estabelecimento de consenso em torno de sua denominação. O termo Higiene Industrial difundiu-se pela influência das publicações norte-americanas nessa área, embora o termo original (*Industrial Hygiene*), relativo a toda atividade laborativa, tenha significado mais amplo que sua tradução literal. A denominação Higiene Ocupacional reflete mais adequadamente em língua portuguesa a real proposta dessa ciência, estando de acordo com a terminologia da Organização Mundial de Saúde e da comunidade científica europeia. Porém no Brasil, pela concordância com os termos Medicina do Trabalho e Engenharia da Segurança do Trabalho, fixadas em lei, o termo Higiene do Trabalho passou a ser o mais aceito, reservando-se o termo Saúde Ocupacional para a ciência maior que engloba as três citadas, entre outras. Para Collacioppo (1989, p. 74) “[...] necessário se faz ter uma visão ampla da Saúde Ocupacional, cuja própria denominação tem sido colocada em discussão atualmente, com a proposta de alteração para Saúde do Trabalhador”.

Mendes e Dias (1991) realizaram um ensaio de revisão em que apresentam e discutem a evolução dos conceitos e práticas da medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador. O trabalho apresenta as características básicas de cada modelo, bem como contextualiza o esgotamento dos modelos da medicina do trabalho e saúde ocupacional, e o consequente surgimento da saúde do trabalhador. De acordo com os autores, a saúde do trabalhador caracteriza-se como uma prática em construção no espaço da saúde pública e representa um esforço de compreensão do processo–doença e sua relação com o trabalho. Assim:

[...] a Saúde do Trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história, os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade (Mendes e Dias, 1991, p. 347).

A compreensão da relação trabalho–doença como resultado exclusivo da ação isolada de um agente patogênico no corpo do trabalhador, ou mesmo com a interação de vários agentes, constitui a base teórica e conceitual das práticas convencionais no cuidado médico industrial e de saúde ocupacional (Gomez e Carvalho, 1993). À medida que a saúde ocupacional avança para uma proposta interdisciplinar, ainda com base na higiene industrial e relacionada com o ambiente de trabalho – corpo do trabalhador –, incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção de doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Porém, se os agentes e riscos são assumidos como peculiaridades “naturalizadas” de objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se situam em sua origem, repetem-se na prática as limitações da medicina do trabalho (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997).

A Saúde do Trabalhador, segundo Niero (2000), surge na tentativa de realizar esta ruptura da concepção hegemônica, que estabelece a relação da doença com o trabalho, baseando-se em um agente específico ou em um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. Essa nova denominação remete à discussão da participação do trabalhador no processo produtivo além da necessidade de real consideração de sua subjetividade.

Anos 1990: o campo da saúde do trabalhador diante do processo da reestruturação produtiva

Dias (2000) aborda aspectos das questões da saúde relacionados ao trabalho, contextualizando-os no processo da Terceira Revolução Industrial ou reestruturação produtiva. Esse processo tem a intensidade e a radicalidade das mudanças ocorridas com a Revolução Industrial do século XVIII, mas ocorre hoje em escala global pelos avanços da informática e comunicação. São características marcantes dessas transformações o crescimento do setor informal, a terceirização e quarteirização dos serviços, mudanças na legislação trabalhista, a precarização do trabalho, a diminuição da capacidade de compra, a deterioração da autoimagem, o acirramento dos conflitos interpessoais no tra-

balho, o sofrimento biopsíquico, a domiciliação dos riscos. Nem mesmo as inovações tecnológicas, os novos métodos gerenciais, a queda dos custos e o aumento da qualidade têm conseguido refrear a intensificação do trabalho, seu aumento de ritmo, responsabilidade e complexidade das tarefas. Como consequência, teremos um novo perfil epidemiológico, um intrincado mosaico de morbidades ocupacionais e não ocupacionais, uma dificuldade até mesmo de definição de quem são os trabalhadores, onde está o mundo do trabalho e a esfera da fábrica e da produção. Para Dias (2000, p. 3) “Decorrente de avanços tecnológicos e de novas formas de organizar e gerir o trabalho, esta nova forma de produzir vem introduzindo mudanças radicais na vida e relações das pessoas e países, e por consequência no viver e adoecer das pessoas”.

O Ministério da Saúde busca um conceito ampliado em Saúde do Trabalhador ao afirmar que:

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações do trabalho e o processo saúde–doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico (Brasil, 2002, p. 7).

O próprio conceito de trabalhador proposto pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) marca uma tentativa de consolidar uma concepção ampliada, atenta às especificidades das relações do mundo do trabalho contemporâneo. A proposta da PNSST define as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento e gestão, acompanhamento e controle social e busca a superação da fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente. (Brasil, 2004a).

Para fins desta Política são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal e informal da economia. [...] Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e

aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (Brasil, 2004a, p. 4).

Saúde do Trabalhador e Saúde Bucal Coletiva: tendências e possibilidades

A confluência dos conceitos de Saúde do Trabalhador e Saúde Bucal Coletiva nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS propõe uma reorganização da saúde bucal em todos os níveis de atenção. Entre essas linhas estão a atenção aos adultos, em especial aos trabalhadores, que deve integrar a odontologia aos programas de saúde do trabalhador e a segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos. No mesmo documento existe o reconhecimento de que essa nova forma de se fazer as ações de saúde bucal é um grande desafio, mas ao mesmo tempo um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. É decorrente da superação das práticas uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal, a possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo, de ganhos nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão (Brasil, 2004b).

Entretanto a fragmentação da produção científica, a ausência de marcos conceituais claros e o enfraquecimento dos movimentos sociais são questões a serem analisadas. (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005). Até mesmo o enfrentamento da falta de diagnóstico adequado da situação do trabalhador passa pela melhor definição das questões anteriores. A superação de conceitos que definiram a produção de conhecimento em torno do processo de trabalho e do “chão-de-fábrica” em determinado momento histórico mostra-se necessária diante do sentimento de impotência diante das incógnitas do mundo pós-industrial. Frente a essa perplexidade, investigações distintas, que reafirmem a real interdisciplinaridade e interinstitucionalidade e rediscutam o papel estratégico do Sistema Único de Saúde, trariam novas referências, articulariam novas experiências e definiriam avanços em um futuro próximo.

Machado (2005) analisa o processo de “amadurecimento e difusão” das ações de saúde do trabalhador tendo como pano de fundo a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Sob o recorte da transdisciplinaridade, ressaltando a formação compartimentada definindo a lógica e erguendo barreiras nas práticas em saúde do trabalhador, mas sugere a necessária adoção de conceitos que conciliem o arcabouço multidisciplinar. Apenas novos atores e novos objetos, gerando uma nova rede sensível às distintas situações, poderiam apresentar novas perspectivas diante dos desafios da reprodução social e modelos de desenvolvimento.

Uma prática centrada no procedimento e na medicalização, aliada à superespecialização do profissional de saúde é uma realidade que reabre a discussão sobre a naturalidade com que se propõe uma intervenção pontual sobre o corpo do trabalhador de modo a manter sua produtividade. De fato, a possibilidade de intervenções muito mais voltadas à manutenção da intocabilidade do processo produtivo, impregnadas com a visão de que a atenção à saúde do trabalhador é feita tão somente no ambiente da fábrica (e para a fábrica), poderiam dar continuidade ao quadro de iniquidade no acesso aos serviços e ao cerceamento de direitos constitucionais dos trabalhadores e trabalhadoras.

Neste sentido, para Merlo (2005), é crucial o papel dos pesquisadores e profissionais na questão da saúde dos trabalhadores diante das estruturas políticas vigentes e da diminuição da capacidade de articulação dos trabalhadores. Para o autor, dada a tendência observada de se retirarem os mecanismos de salvaguarda e proteção existentes nos contratos de trabalho, quem atua nessa área deve, além de desvendar aspectos ainda não conhecidos e não sistematizados do conhecimento, construir articulações no sistema de saúde de modo que seja mais resolutivo do que é atualmente, sempre atento às experiências exitosas que ocorrem no país.

Assim as propostas para a formação de cirurgiões-dentistas dedicados à especialidade da Odontologia do Trabalho ou dos que prestam atendimento aos indivíduos cuja ocupação apresente reflexo na sua condição de saúde devem avaliar criticamente qualquer reducionismo na explicação da situação de risco, morbidade ou mortalidade dos trabalhadores. Negar sua relação com a organização do processo de trabalho e com a forma de inserção dos indivíduos no processo produtivo

significa inclusive impedir o diálogo com distintas referências (como o diálogo desejável com conceitos das Ciências Sociais, competentes em abordar o aspecto “grupo humano” dentro das nossas evisceradas “populações” das Ciências da Saúde, apenas para citar um exemplo).

Sob a lógica da competência técnica para o mercado privado e para a atenção curadora, não se produzem sujeitos políticos capazes de protagonizar novas aberturas para a sociedade e para a profissão (Moysés, 2004). Poderíamos ir além e afirmar que a racionalidade e o reducionismo mercadológico na formação e na prestação de serviços são indicativos de que a superação de modelos assistenciais anteriores ainda não ocorreu. Significa dizer que a subordinação da defesa da saúde em função do modelo produtivo continua sendo aceita de forma inadvertida ou passiva.

Em torno da regulamentação da especialidade da Odontologia do Trabalho ainda reverbera toda uma histórica incompatibilidade entre a visão liberal e a criação de um novo modelo de atenção à saúde do trabalhador. Uma proposta de formação atenta às conquistas históricas registradas no arcabouço jurídico-institucional que compreenda as especificidades da reestruturação produtiva no perfil epidemiológico do trabalhador deve fazer parte da construção deste modelo. Em suma, uma nova especialidade não pode estar orientada fundamentalmente para a ampliação do mercado de trabalho para a odontologia. A construção dessa especialidade deve sim estar alicerçada na reflexão sobre os objetivos e a forma de organização dos serviços de saúde, nas discussões em torno das competências esperadas dos profissionais para que sejam sujeitos de uma nova prática, compreendendo o papel do Estado na garantia dos direitos básicos de saúde do trabalhador.

Permanecendo a possibilidade de reprodução de velhas práticas, da passividade diante das concepções pouco inovadoras, do dogmatismo no olhar que lança em direção aos problemas do mundo do trabalho, consolidar uma nova especialidade não encerra o embate que afirma o direito à saúde conciliada a uma vida de trabalho.

Referências

- ARAÚJO, M. E.; MARCUCCI, G. Estudo da prevalência das manifestações bucais decorrentes de agentes químicos no processo de galvanoplastia: sua importância para área de saúde bucal do trabalhador. *Odontologia e Sociedade*, São Paulo, v. 2, n. 1/2, p. 20-25, 2000.
- BOTAZZO, C.; BERTOLINI, S. R.; CORVELHO, V. M. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 43-53, jun. 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde do trabalhador*. Brasília, DF, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 5).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2004.
- BUCK, R. C. Segurança e medicina do trabalho. In: _____. *Cumulatividade dos adicionais de insalubridade e periculosidade*. São Paulo: LTr, 2001. p. 33-62.
- COLLACIOPPO, S. Higiene ocupacional da teoria à prática. In: FISCHER, F. M.; GOMES, J. R.; COLLACIOPPO, S. (Org.). *Tópicos de saúde do trabalhador*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 73-97.
- DIAS, E. C. Organização da atenção à saúde no trabalho. In: FERREIRA JÚNIOR, M. *Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores*. São Paulo: Roca, 2000. p. 3-27.
- FALEIROS, V. P. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais do Brasil. In: *Capacitação em serviço social e política social, módulo 3*. Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000. p. 43-56.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. *Revista da ABENO*, São Paulo, ano 4, n. 1, p. 30-37, jul. 2004.

VIANNA, M. I. P.; SANTANA, V. S. Exposição ocupacional a névoas ácidas e alterações bucais: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1335-1344, nov./dez. 2001. Disponível em: <http://search.bvsalud.org/regional/?q=Exposi%20ocupacional%20a%20névoas%20ácidas%20e%20altera%20%20bucal&lang=pt&_charset_=iso-8859-1>. Acesso em: 14 fev. 2004.

Aprovado em: 29/05/2008